

Artikel Penelitian

Analisis Penerapan Upaya Pencapaian Standar Sasaran Keselamatan Pasien Bagi Profesional Pemberi Asuhan Dalam Peningkatan Mutu Pelayanan di Rawat Inap RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2017

Anna Faluzi¹, Rizanda Machmud², Yulastri Arif³

Abstrak

Hasil survey pelaksanaan pasien safety di RSUP.DR.M.Djamil Padang selalu terjadi peningkatan insiden setiap tahunnya, angka kepatuhan petugas, yaitu 74% (standar 100%). Tujuan penelitian ini menganalisis upaya pencapaian standar sasaran keselamatan pasien bagi para profesional pemberi asuhan dalam peningkatan mutu pelayanan di Rawat Inap RSUP Dr.M.Djamil Padang Penelitian ini menggunakan metode kualitatif melalui wawancara mendalam dan Focus Group Discussion. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara 17 orang informan yaitu, direktur medik, komite KPRS, pengelola perawatan, kepala ruangan, dokter, perawat, apoteker, ahli gizi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kekurangan SDM keperawatan dan farmasi. Pengadaan sarana yang belum tercukupi seperti handrail, bel, wastafel, tissu. Budaya keselamatan pasien, budaya pelaporan IKP, serta kepatuhan profesional pemberi asuhan dalam implementasi SKP belum optimal, rata-rata capaian 89%. *Output* belum sesuai target 100%, masih terdapat KTD dan KNC. Kesimpulannya, penerapan sasaran keselamatan pasien bagi profesional pemberi asuhan di rawat inap belum maksimal. Disarankan, pimpinan rumah sakit beserta jajarannya melakukan perbaikan mutu melalui penambahan tenaga, melengkapi sarana, optimalisasi pelaporan insiden, optimalisasi kegiatan monev, meningkatkan pelatihan staf.

Kata Kunci: sasaran keselamatan pasien, insiden keselamatan pasien, peningkatan mutu

Abstract

Based on the results of the survey on the implementation of patient safety in RSUP. DR. M. Djamil Padang, where patient safety incidents were always increasing every year. The compliance rate of staffs in the application of the six patient safety goals was only 74 % which had not met the standard of 100%. The purpose of this study was to analyze of the achievement of patient safety goals for professional carersimproving the quality of service in Inpatients of Dr. M. Djamil General Padang Hospital. This study used a qualitative method through comprehensive interviews and Focus Group Discussion. The data collecting was done by interviewing 17 informants such as the medical director, the secretary of KPRS committee, the nursing manager, the head nurse, the doctor, the nurse, the pharmacist, the nutritionist. The results showed that the number of nursing personnel was less and pharmacy. Procurement of facilities were not yet sufficient such as hand rails, bells, sinks, tissues. The implementation of patient safety culture, incidence of patient safety reporting culture, and professional carers compliance in patient safety goals implementation have not optimal yet with achievement average of 89%. Output is not on target 100%, there are still incidence. It is recommended that the head of the hospital and its directors to conduct improvement of service quality achievement by adding more staffs, completion of facilities, incident reporting optimization, optimizing monitoring and evaluation, improving staff training.

Keywords: patient safety goals, patient safety incidents, quality improvement

Affiliasi penulis: 1. Program Studi Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Padang, 2. Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang, 3. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Andalas Padang

Korespondensi : Anna Faluzi, email: annafaluzi1969@gmail.com, Telp:085263086769

PENDAHULUAN

Isu tentang keselamatan pasien mendapatkan perhatian serius dari pemerintah seperti yang dituangkan dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 dan Undang-Undang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009.¹ Rumah sakit wajib memenuhi hak pasien memperoleh keamanan dan keselamatan selama dalam perawatan di rumah sakit. Berdasarkan Permenkes 1691/ MENKES/ PER/ VIII/

2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit bahwa setiap rumah sakit diwajibkan melaksanakan dan menerapkan manajemen keselamatan pasien.²

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Kementerian Kesehatan RI dari tahun 2007-2013, terkait dengan prevalensi cedera penduduk pada semua umur menurut provinsi tahun 2013, Sumbar mencapai angka kejadian cedera 7,8%. Ditinjau dari kecenderungan prevalensi cedera, di daerah Sumbar terjadi peningkatan angka kejadian dari 4,8% (2007) ke 7,8% (2013), dan dilihat dari proporsi penyebab cedera yang tertinggi adalah akibat jatuh yaitu 40,9%.³

Berdasarkan panduan Rencana Strategi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2014-2019, bahwa rumah sakit saat ini merupakan Rumah Sakit pusat

rujukan tersier (level-3) dengan Tipe-B plus pendidikan yang berada di wilayah Sumatera Barat, akan menuju ke RS tipe A dan terakreditasi nasional pada tahun 2016, dengan memiliki kapasitas 800 tempat tidur. Bentuk pelayanan yang telah diberikan oleh RS adalah pelayanan kesehatan spesialisik dan sub-spesialisik. Saat ini RS telah ikut serta menjalankan upaya pemerintah dalam meneyhatkan masyarakat melalui sistem Jaminan Kesehatan Nasional/BPJS, dengan berbagai pelayanan unggulan. Dihitung dari jumlah SDM kurang lebih 2340 orang yang terdiri dari para SDM profesional dan SDM penunjang kesehatan yang mendukung pelayanan kesehatan di RSUP DR.M.Djamil.⁴

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari Komite Mutu RS bahwa hasil survei kepuasan pasien di RSUP Dr.M.Djamil Padang, tingkat kepuasan pasien pada triwulan-1 tahun 2016 yaitu 78%, belum mencapai target standar yang ditetapkan (>80%). Sedangkan tingkat pengetahuan petugas kesehatan terhadap penerapan enam sasaran keselamatan pasien baru mencapai 60%. Hal ini menjadi perhatian penting oleh pihak manajemen untuk mengambil langkah-langkah ke depan terutama dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.⁵ Dari wawancara dan observasi awal diketahui bahwa hasil evaluasi penerapan enam indikator sasaran keselamatan pasien pada periode triwulan1 tahun 2016, baru mencapai 74%. Angka tersebut menunjukkan belum mencapai target yang diharapkan sesuai standar dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) adalah 100%.⁵

Menurut informasi dari Komite Mutu Keselamatan Pasien RS bahwa Organisasi keselamatan pasien RSUP Dr.M.Djamil Padang sudah terbentuk sejak tahun 2012 bernama tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) dan Manajemen Resiko Klinis (MRK). Pada tahun 2015 organisasi ini direvisi dan direstrukturisasi sehingga berada di bawah Komite Mutu dan Manajemen Risiko (KMMR).⁵

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penerapan upaya pencapaian standar sasaran keselamatan pasien bagi profesional pemberi asuhan (PPA) dalam peningkatan mutu pelayanan di Rawat Inap RSUP Dr.M.Djamil Padang,

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif dengan jenis penelitian kualitatif yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran mendalam tentang penerapan pencapaian standar sasaran keselamatan pasien bagi profesional pemberi asuhan di rawat inap RSUP DR.M.Djamil Padang. Penelitian ini dilakukan pada bulan April 2017.

Pendekatan yang dilakukan bertujuan untuk mempelajari dan memahami subjek dalam penelitian ini sebagai pihak yang terkait dengan sistem keselamatan pasien rumah sakit melalui proses interaksi dan komunikasi berupa wawancara mendalam antara peneliti kepada partisipan tentang

kasus yang terjadi, menekankan pada subjektivitas pengalaman. Peneliti melakukan penggalan langsung untuk mengeksplorasi pengalaman profesional pemberi asuhan (PPA) sebagai *health provider*.

Pemilihan informan dalam penelitian ini adalah secara *purposive sampling* yang dianggap memahami, mengetahui masalah manajemen keselamatan pasien rumah sakit secara mendalam dengan pertimbangan dan tujuan yang berkaitan dengan peningkatan mutu rumah sakit sehingga memudahkan peneliti dalam menjelajahi objek atau situasi yang diteliti dan bersifat snowball sampling.⁶

Pengumpulan data primer melalui wawancara mendalam dan observasi serta dengan metode pengumpulan data skunder melalui telaah dokumen. Data juga diperoleh melalui diskusi kelompok terarah FGD dari tenaga profesi yang terlibat dalam memberikan pelayanan rawat inap sebanyak 10 orang. Validitas data penelitian dilakukan dengan triangulasi. Triangulasi sumber data dalam penelitian ini berjumlah 17 orang yaitu mulai dari Direktur Medik dan Keperawatan, Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Pengelola Perawatan, Kepala Ruangan, Dokter/ DPJP, Perawat Pelaksana, Apoteker/ Analis, Nutrisiionist di RSUP Dr.M.Djamil Padang.

HASIL

Penelitian dilakukan pada empat ruangan rawat inap besar yaitu, rawat inap bedah, kebidanan, anak, penyakit dalam. Rumah sakit sudah mengacu pada *Hospital By Low, Medical Strat By Low*, Surat Penugasan Klinis/ SPK (*clinical appointment*), Rincian Kewenangan Klinis/ RKK (*Clinical Privilege*), serta Panduan Praktek Klinik.

Pelaksanaan program kegiatan *patien safety* sudah berpedoman kepada kebijakan/ SK Dirut RSUP DR.M.Djamil tahun 2012. Dibuktikan adanya dokumen kebijakan terkait program keselamatan pasien di tiap unit kerja, sudah ada bukti sosialisasi program *patien safety* disertai absensi dan notulen rapat. Hasil wawancara yang diperoleh dari para informan menyatakan bahwa kebijakan Keselamatan Pasien sudah diterbitkan dalam bentuk SK Dirut tahun 2012 mengacu kepada Permenkes 1691 tahun 2011.² Kebijakan sudah disosialisasi ke semua staf, termasuk DPJP dan PPDS. Sebagai penanggung jawab program keselamatan pasien rumah sakit adalah Sub komite KPRS. Berdasarkan hasil wawancara mendalam tentang kebijakan program keselamatan pasien maka diperoleh informasi sebagai berikut :

"Rumah Sakit ini sudah punya kebijakan tentang Sasaran Keselamatan Pasien dalam bentuk SK Dirut, mengacu kepada kebijakan dari kemenkes dan Komite Akreditasi RS (KARS). Baik kebijakan, pedoman maupun SPO sudah tersosialisasikan dan terdistribusi keseluruh unit pelayanan, dalam penerapannya masih belum optimal sesuai target yang diharapkan oleh KARS, karena belum menjadi

budaya, dimana keenam sasaran tersebut pelaksanaannya harus seratus persen"

Implementasi kebijakan *patient safety* . terkait ketersediaan sumber daya manusia khususnya tenaga profesional, dari sisi kuantitas masih belum mencukupi sesuai standar. Berdasarkan sumber data yang diperoleh dari bagian SDM, jumlah kekurangan SDM keperawatan sebanyak 367 org (30%), SDM farmasi sebanyak 80 org (43%), tenaga medis sebanyak 26 orang, gizi sebanyak 12 orang. Dilihat dari sisi pengembangan serta kualifikasi SDM, diklat rumah sakit telah memberikan pelatihan kepada semua SDM terkait pelatihan keselamatan pasien dan manajemen mutu karena merupakan salah satu syarat untuk tercapainya akreditasi rumah sakit. Peningkatan kualitas SDM dilakukan melalui pelatihan, sosialisasi, uji petik, supervisi. Dari wawancara yang diperoleh dari Direktur, Sekretaris Komite Mutu serta informan FGD, bahwa jumlah SDM keperawatan dan farmasi masih belum tercukupi, masih adanya kerja rangkap. Kualifikasi SDM sudah cukup memadai, dimana semua profesi sudah mendapatkan sosialisasi dan pelatihan terkait enam sasaran keselamatan pasien. Sebagai penanggung jawab dalam program keselamatan pasien rumah sakit mulai dari Direktur, Komite KPRS, Kabid/Kasi, Ka. Instalasi.

Metode yang dilaksanakan untuk penerapan enam sasaran keselamatan pasien banyak menggunakan prinsip dan metode manajemen risiko, mulai dari identifikasi, asesmen dan pengolahan risiko, yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden. Metode sudah mengadopsi prinsip dan metode dari pusat yang digunakan sebagai acuan dalam penerapan enam sasaran keselamatan pasien di rumah sakit serta mengacu kepada buku pedoman keselamatan pasien dan PMK 1691/2011.² Penerapan metode langsung ke pasien, monev berkala, *round day* bersama empat PPA, melakukan PDCA, komunikasi efektif dengan metode SBAR dalam proses komunikasi antar profesional juga dijadikan sebagai pilihan, juga layanan orientasi dan informasi (LOI) pada pasien baru. Hambatan yang ditemui adalah belum menjadi budaya bagi PPA tersebut. Upaya proaktif yang sudah dilakukan yaitu, uji petik, pembinaan dan bimbingan staf. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dari beberapa informan tentang metode yang digunakan dalam penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUP DR. M.Djamil Padang diperoleh informasi sebagai berikut :

"Metode yang sudah kita jalankan dalam menerapkan SKP ini, penerapan langsung ke pasien, training atau workshop. Setiap 2 tahun Diklat kembali reminding semua petugas terkait sasaran keselamatan pasien. Metode supervisi, rutin dari satker terkait, metode PDCA, monev dari komite mutu RS terhadap capaian dari penerapan SKP ini sudah menjadi kegiatan rutin per bulan.."

Ketersediaan anggaran yang dibutuhkan untuk semua kegiatan dan kebutuhan dalam mendukung program keselamatan pasien di RSUP DR.M.Djamil Padang sudah cukup memadai. Alokasi dana yang termasuk di anggaran operasional pelayanan berupa pengadaan alkes dan BMHP melalui anggaran DIPA BLU. Adanya laporan permintaan kebutuhan per tahun dan berkala dari Instalasi keparawatan terkait dengan kebutuhan alat kesehatan, BMHP, termasuk kebutuhan pelayanan terkait untuk keselamatan pasien. Dari wawancara dengan direktur, dana yang dipakai untuk pelaksanaan program *Patient Safety* secara keseluruhan bersumber dari dana BLU dan APBN. Kondisi keuangan RS sudah mulai mencukupi untuk memenuhi kebutuhan pelayanan. Koordinasi antar unit kerja yang belum optimal terkait hal pengadaan barang.

Ketersediaan sarana dan prasarana yang dibutuhkan sebagai alat pendukung dalam pelaksanaan kegiatan program keselamatan pasien di rumah sakit sebagian besar sudah terpenuhi, namun masih ada beberapa sarana dan prasarana yang masih belum optimal dalam proses pengadaan maupun pemeliharannya. Semua Instalasi sudah mengajukan permintaan sarana dan fasilitas, dan sudah masuk ke laporan perencanaan ke bagian Perencanaan RS. Berikut kutipan yang diungkapkan oleh Pengelola Perawatan dan Kepala Ruang:

"Sarana wastafel yang belum cukup, tempat tidur sudah dengan pengaman dan segitiga penanda resiko jatuh sudah ada, hanya handrail, bel yang belum ada di masing-masing ruangan dan kamar mandi pasien, pernah ada kejadian pasien jatuh karena untuk pegangan tidak ada, ini yang menjadi kendala selama ini, gelang kuning untuk risiko jatuh juga masih kurang, stiker sering kurang, kalau sarana hand hygiene cukup hanya tisu sudah berapa lama tidak ada sering kosong dan telpon sering rusak"

Perencanaan program kerja gerakan keselamatan pasien (KPRS) di RSUP.DR.M.Djamil Padang sudah dibuat dalam bentuk program kegiatan, mempunyai tujuan, sasaran, penanggung jawab kegiatan, target waktu/ jumlah cakupan yang diharapkan dalam jangka waktu 5 (lima) tahun kerja. Terbukti adanya dokumen program kerja tahunan terkait kegiatan *patient safety* tahun 2016-2017 di komite KPRS. Perencanaan program Patient Safety sudah ada didalam renstra Rumah Sakit, lebih diprioritaskan dan berfokus kepada indikator SKP.⁵

Pengorganisasian dalam gerakan program keselamatan pasien di rumah sakit RSUP DR. M. Djamil Padang sudah terbentuk mulai tahun 2011, beserta dengan SK tim pelaksana program. Pada tahun pada tahun 2013 terjadi revisi struktur yang telah di SK kan oleh Dirut. Pergerakan dari masing-masing tim sudah bekerja sesuai tupoksi, dibuktikan adanya kegiatan rapat koordinasi, undangan rapat. Hubungan kerjasama antar empat PPA dalam

pergerakan program sudah mulai sejalan melalui rapat koordinasi, supervisi, round day bersama, dan catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT). Dari wawancara yang didapat dari komite KPRS, pengorganisasian program keselamatan pasien rumah sakit (KPRS) berada di bawah unit Komite Mutu, diketuai oleh Direktur Pelayanan Medik. Sebagai penanggung jawab mutu di ruangan adalah medis (Ka.Inst). Fungsi tim dalam mengkoordinir penerapan SKP sudah berjalan di pelayanan. Hubungan kemitraan antar profesi dalam penerapan Patient Safety dari 4 PPA sudah sejalan melalui supervisi, rapat-rapat, *round day*.

Berdasarkan wawancara yang didapatkan dari para informan kunci bahwa budaya keselamatan pasien belum berjalan optimal. Hasil survey budaya keselamatan pasien masih rendah yaitu 63%. Dibuktikan dengan tingkat kepatuhan petugas dalam penerapan 6 SKP yaitu 89% standar 100%. Dari semua penyebab insiden yang terjadi menandakan bahwa masih rendahnya budaya keselamatan pasien dari petugas sehingga berdampak kepada kepuasan pasien. Upaya yang sudah dilakukan seperti, pendekatan manajemen dan tim pada PPA melalui sosialisasi, uji petik, rapat koordinasi, monev, diskusi bersama, supervisi enam SKP. Promosi SKP juga sudah dilakukan kepada pasien, keluarga pasien serta pengunjung RS berupa praktek *hand hygiene*. Berikut kutipan wawancara dengan komite KPRS:

"Untuk keempat PPA dalam implementasi SKP memang belum optimal, masih banyak yang belum menjadikan budaya bagi pribadinya masing-masing. Dikaitkan dengan masih adanya Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di SKP 1 sampai SKP 6. Tim asesor internal juga sudah ditunjuk oleh direktur Rumah Sakit dan keberadaannya dari beberapa unit lain untuk memonev di unit lainnya. Sarannya harus ada komitmen mulai dari pimpinan puncak sampai ke pelaksana yang paling bawah"

Informasi yang didapatkan melalui telaah dokumen, observasi, wawancara mendalam dan FGD maka dapat diketahui bahwa upaya yang dilakukan untuk peningkatan dan pengembangan kualifikasi SDM terkait program pendidikan dan pelatihan keselamatan pasien di RSUP Dr.M.Djamil Padang sudah terlaksana sebagaimana mestinya sesuai dengan standar akreditasi. Informasi ini didukung dengan adanya program perencanaan dari bagian diklat tentang pelatihan pasien safety, MRK, mutu dan lain-lain. Lebih 90% staf RS.M.Djamil sudah mendapatkan workshop pasien safety, K3RS,PPI, BHD, manajemen risiko mulai di tahun 2015 sampai saat ini melalui kegiatan Diklat RS. Materi SKP, PPI,K3RS,BHD merupakan materi wajib dalam standar LOI RS, yang diberikan kepada karyawan baru, PPDS dan mahasiswa praktek. Bentuk kegiatan diklat yang dilaksanakan berupa workshop, bimtek dan *inhouse training*. Pelatihan tersebut di *update* setiap 2

tahun dan disertai dengan adanya bukti sertifikat pelatihan. Semua anggaran kegiatan pelatihan berasal dari RS yang dikelola oleh Bagian Diklat.

Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit sudah sesuai dengan juknis pelaporan, standar akreditasi dan PMK No. 1691 tahun 2011² Dibuktikan sudah adanya alur serta format laporan insiden dari unit ke komite KKPRS. Dalam implementasinya baru sebagian unit kerja yang rutin mengirimkan laporannya tepat waktu sesuai SPO atau Juknis ke komite KPRS, masih ada unit yang tidak pernah mengirimkan laporan karena hal ini belum menjadi budaya, ini juga yang menjadikan suatu hambatan. Baru ada 7 laporan IKP di triwulan 3 tahun yaitu, KNC 6 kasus, KTD 1 kasus. Sudah adanya laporan berkala per tiga bulan secara online dari RS ke Yankes Kemenkes terkait laporan IKP.

Pelaksanaan standar pelayanan dari para profesi pemberi asuhan pasien dalam mengintegrasikan proses pelayanan dengan keselamatan pasien belum berjalan optimal. Bukti pelaksanaan DPJP yang memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, tentang pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD belum mencapai target 100% tertulis di RM pasien secara tepat, benar dan konsisten. Kelengkapan dokumentasi asuhan yang tercatat di CPPT/RM dari profesi farmasi dan Gizi juga belum sesuai target 100%. Berikut kutipan dari sub ketua komite mutu dan keselamatan pasien :

"DPJP nya sudah ditetapkan tapi masih sering terjadi keterlambatan informasi dari medis ke pasien atau keluarganya tentang rencana tindakan, tindak lanjut pelayanan atau terapi pasien"

Nilai capaian indikator mutu terkait kepatuhan petugas dalam implementasi enam sasaran keselamatan pasien belum maksimal, belum ada yang mencapai target dari yang telah ditentukan yaitu 100%, seperti identifikasi pasien dari bulan Januari-September 2017 bervariasi setiap bulannya terakhir capaian 89,59%. Hal ini disebabkan karena kepatuhan petugas melaksanakan identifikasi pasien belum menjadi budaya saat memberikan pelayanan kepada pasien, masih kurangnya kesadaran petugas tentang pentingnya identifikasi pasien. Dari informasi para informan dan data yang didapatkan melalui wawancara, FGD, observasi, dokumen, masih ada petugas atau PPA di rawat inap yang belum melakukan identifikasi pasien, *hand hygiene*. Konfirmasi instruksi verbal per telepon belum ada yang mencapai sesuai standar, pelaksanaan konfirmasi belum menjadi budaya. Capaian indikator mutu dalam pelaksanaan *double check* saat pemberian obat *high alert* juga masih dibawah 100%. Capaian penerapan keselamatan operasi hampir setiap bulan belum mencapai target. Hal ini disebabkan pemahaman PPA terhadap keselamatan

operasi masih kurang, mulai dari pelaksanaan sign in, time out, dan sign out. Kepatuhan petugas dalam penerapan kebersihan tangan telah mencapai target kecuali di bulan Februari dan Maret.

Kelengkapan SPO tentang SKP 1 s.d SKP 6 sudah tersedia di seluruh Instalasi rawat inap, namun implementasi kebijakan dan SPO tersebut yang belum sepenuhnya terlaksana secara konsisten. Upaya yang sudah dilakukan RS seperti resosialisasi pada semua staf, melakukan bimbingan, menyelenggarakan pelatihan-pelatihan, *inhouse training*, expo, ujian/ osche dan uji petik. Terkait hal ini untuk penerapan sistem reward dan punishment belum dijalankan oleh pihak manajemen RS.

Pengumpulan data observasi dan monitoring evaluasi dari hasil penerapan sasaran keselamatan pasien yang dilakukan secara berkala oleh tim survey sudah berdasarkan standar indikator yang diadopsi dari Akreditasi KARS. Adanya bukti rekap pencatatan dan pelaporan SKP secara berkala oleh sub komite KPRS serta ada hasil rekap data monev. Dalam pengumpulan data monev sudah menggunakan format yang terstandar setiap bulannya. Rekap pencatatan dan pelaporan enam sasaran keselamatan pasien divalidasi oleh sub komite KPRS untuk diteruskan ke Dirut. Berikut kutipan dari Direktur Medik dan Keperawatan :

"Yang dilibatkan dalam monitoring dan evaluasi dalam penerapan SKP biasanya banyak dari perawat dan medis, dari profesi lainnya tetap juga kita libatkan. Jadwal monev dalam satu tahun disusun oleh komite KMMR sebagai koordinator mutu keselamatan pasien di RS ini. Untuk pencatatan sampai pelaporannya sudah ada semua di KMMR dan selalu dilaporkan ke direktur sebagai salah satu indikator IKI Dirut"

Output merupakan kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berfungsinya proses dalam sistem. Hasil pelaksanaan program enam SKP di rawat inap RSUP DR. M.Djamil Padang, belum seluruhnya mencapai target yang diharapkan, rata-rata capaian 89%, standar yang ditetapkan untuk angka kepatuhan dalam penerapan SKP (100%). Masih ada tujuh laporan insiden (KTD & KNC) standar (0%). Berikut kutipan dari Kepala Ruangan:

"Untuk nilai kepatuhan petugas terkait Pasien Safety, targetnya adalah 100%, tetapi belum mencapai target yang diharapkan. Untuk tercapainya mutu dan keselamatan pasien di RS yaitu komitmen yang pertama itu adalah pimpinan dari atas sampai ke level paling bawah. Kepatuhan petugas perlu dimonev, agar implementasi berjalan dengan konsisten. Upaya KMMR sudah sering melakukan rapat dengan unit-unit kerja maupun para DPJP dan profesi lainnya"

Pelaksanaan program enam SKP di rawat inap sudah terlaksana. Secara keseluruhan hasil

belum mencapai target sesuai standar (100%). Capaian target akan berdampak turun, jika monev terhenti. Salah satu upaya perbaikan adalah terpenuhinya kebutuhan di unit kerja seperti kebutuhan SDM dan sarana dan prasarana, intens dalam pelaksanaan monev, resosialisasi kesemuanya profesional pemberi asuhan.

PEMBAHASAN

Kebijakan adalah aturan tertulis yang merupakan keputusan formal organisasi, yang bersifat mengikat, yang mengatur perilaku dengan tujuan untuk menciptakan tata nilai baru dalam masyarakat. RSUP Dr. M.Djamil Padang telah membuat regulasi berupa kebijakan internal rumah sakit tentang penerapan standar sasaran keselamatan pasien yang berpedoman kepada Kemenkes RI serta Panduan Nasional Keselamatan Pasien. Kebijakan ini juga sudah disosialisasikan kepada seluruh satuan unit kerja sejak pembentukan tim KPRS tahun 2012. Dalam pelaksanaan kegiatan khususnya di unit rawat inap terlihat masih ada petugas atau PPA bekerja belum sesuai dengan kebijakan dan buku pedoman seperti penulisan identitas pasien belum seragam antara yang tertera pada gelang pasien dengan stiker di rekam medik pasien. Penelitian ini berbeda dengan penelitian penerapan kebijakan keselamatan pasien oleh pihak rumah sakit X Malang, bahwa penerapan kebijakan keselamatan pasien sudah sesuai dengan strategi PMK No.1691/ tahun 2011.⁷

Sumber daya manusia yang bergerak sebagai pengelola program keselamatan pasien adalah sub komite KPRS/KMMR RSUP DR. M.Djamil Padang. Dari sisi latar belakang pendidikan SDM relative sudah sesuai dengan status kepegawaian PNS dibantu oleh SDM BLU non PNS. Yang menjadi faktor hambatan utama terkait SDM di rawat inap adalah masalah kekurangan SDM khususnya untuk profesi keperawatan sebanyak 32%. Faktanya banyaknya kerja rangkap yang dilakukan oleh profesi keperawatan sehingga beban kerja yang ada menjadi lebih tinggi. Akhirnya berdampak terhadap Insiden Keselamatan Pasien (IKP), ada rasa tidak aman pada pelanggan, kurangnya kepercayaan dari pelanggan pada petugas RS, karena kurangnya kecepatan petugas dalam menangani keluhan pelanggan, kurangnya kesiapan dalam melayani pelanggan. Menurut pendapat ahli mutu, bahwa pendekatan kualitas pelayanan yaitu jaminan (*Assurance*), melihat pada kemampuan petugas/SDM atas pengetahuan terhadap jasa secara tepat, keterampilan dalam memberikan pelayanan sehingga dapat menumbuhkan rasa aman pada pelanggan sehingga dapat menanamkan kepercayaan pelanggan. Respon dan memberikan pelayanan yang cepat meliputi kecepatan petugas dalam menangani keluhan pelanggan serta kesiapan dalam melayani pelanggan.⁸ Respon atau daya tanggap merupakan faktor yang sangat penting dalam kualitas asuhan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian di Rumah

Sakit Husada Jakarta bahwa permasalahan beban kerja yang tinggi bagi perawat pelaksana, dimana jumlah SDM sangat kurang sering terjadi masalah keselamatan pasien yang buruk. Oleh karena itu bidang keperawatan perlu melakukan pengkajian kecenderungan tingkat ketergantungan pasien di masing-masing ruang rawat inap dan menggunakan data yang ada untuk menghitung kebutuhan perawat tiap shift, mengalokasikan jumlah perawat sesuai kebutuhan ruangan, melakukan supervisi secara terjadwal dan berkala. Perlunya dikembangkan budaya keselamatan dan mengikis budaya menghukum, memilih *champion* sebagai motor penggerak keselamatan pasien serta tidak membebani perawat dengan pekerjaan non keperawatan.⁹

Metode yang digunakan untuk penerapan keselamatan pasien di RSUP DR.M.djamil Padang sudah mengacu kepada buku pedoman nasional keselamatan pasien dari Kemkes RI. 2011 dan sudah terlaksana cukup baik.² Metoda yang sudah dilaksanakan seperti supervisi profesional dari para manajer, metode PDCA untuk mengenali dan menyelesaikan konflik dalam pelayanan, dilakukan setiap shift dinas, per minggu, dan ada yang berkala. Jika rumah sakit menggunakan metode atau desain sistem yang baik maka akan memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran ini dapat difokuskan pada solusi-solusi yang menyeluruh.²

Sebagian besar sarana RS sudah tersedia, hanya beberapa sarana yang sampai saat ini masih dalam proses pengadaan karena faktor keterlambatan pengadaan, seperti kebutuhan stiker identifikasi pasien masih sering terjadi kekosongan pengadaan di gudang logistik. Untuk SKP 6, handraill sebagian besar belum terpasang di area perawatan pasien, bel dikamar pasien belum ada sama sekali. Sarana pada kedua SKP ini merupakan suatu alat pendukung yang vital dalam mencegah terjadinya IKP di RS. Bentuk jaminan keamanan yang diberikan oleh rumah sakit adalah berbagai aturan, fasilitas, dan bentuk perawatan yang bersifat melindungi keamanan dan keselamatan pasien secara fisik. Sejalan dengan penelitian di Rumah Sakit RS Pupuk Kaltim bahwa masih banyak sarana dan fasilitas di Rumah Sakit yang tidak *safety* seperti tempat tidur yang belum aman, brankar yang tidak aman, alas kaki untuk pasien belum ada, gelang penanda risiko masih sering kosong, artinya sarana dan fasilitas RS belum maksimal.¹⁰ Pendapat pakar mutu, bahwa keamanan (*safety*), berarti mengurangi resiko cedera, infeksi, efek samping, atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan. Apapun yang dilakukan dalam pelayanan baik di rumah sakit atau tempat pelayanan lainnya harus aman dari bahaya yang mungkin timbul.¹¹ Dikaitkan dengan dimensi lainnya yaitu kenyamanan (*amenity*), merupakan dimensi mutu yang tidak berkaitan langsung dengan efektivitas klinis, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pelanggan (pasien)

untuk mau datang memperoleh pelayanan berikutnya. Dimensi kenyamanan tersebut berkaitan dengan penampilan fisik ditempat pelayanan, peralatan medis dan non medis, kebersihan, sarana yang tersedia dan sebagainya sehingga dapat melindungi keamanan dan keselamatan pasien.¹¹

Anggaran yang diperlukan untuk mendukung standar keselamatan pasien sudah cukup memadai, sudah termasuk didalam biaya operasional pelayanan rumah sakit per tahun yang mengacu kepada Renstra RS, dan sudah teralokasikan dengan baik.⁴ Mekanisme pengelolaan anggaran yang digunakan untuk pencapaian pelayanan terkait dengan pelaksanaan program pasien safety bersumber dari anggaran DIPA BLU, seperti barang farmasi, bahan medis habis pakai.⁴ Sejalan dengan penelitian, yang dilakukan di RSUD Dr.R.Soetijono Blora Yogyakarta dalam menjalankan penerapan standar dan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit, unit kerja harus membuat perencanaan biaya kegiatan operasional melalui beberapa tahapan untuk pemenuhan segala kebutuhan sesuai standar keselamatan pasien, salah satunya membuat perencanaan berkelanjutan dan peninjauan dengan mengembangkan rencana untuk minimal 5 tahun mendatang.¹¹

Program perencanaan yang dibuat untuk kegiatan gerakan keselamatan pasien di RSUP DR.M.Djamil Padang sudah berjalan dengan baik mulai pada tahap awal rencana persiapan sampai tahap evaluasi, hal ini sudah dilaksanakan dengan baik. Namun ada beberapa kondisi yang menggambarkan belum seluruh unit kerja yang konsisten membuat data perencanaan kebutuhan di unitnya sendiri. Dampak dari hal tersebut terjadi hambatan dalam proses pengadaan barang pada saat dibutuhkan oleh user di pelayanan. Diperjelas dari hasil penelitian di Rumah Sakit Islam Unisma Malang, salah satu untuk pelaksanaan program manajemen risiko jatuh di RS, ditunjang dengan perencanaan ketersediaan sumber daya, sarana dan prasarana pendukung yang memadai dalam pemenuhan standar keselamatan pasien (*patient safety*) contohnya pemenuhan semua tempat tidur berpengaman, pemasangan bel di tempat tidur pasien dan lain-lainnya.¹²

Pengorganisasian dalam gerakan program keselamatan pasien di rumah sakit RSUP DR. M. Djamil Padang sudah terbentuk dan sudah berjalan cukup baik yang diketuai oleh Direktur Medik dan Keperawatan. Struktur organisasi tersebut sudah dibuat secara tertulis, diiringi dengan adanya SK program kegiatan, SK tim pelaksana program di unit-unit Instalasi dan dilengkapi dengan uraian tugas dari masing-masing anggota tim yang terlibat dalam gerakan keselamatan pasien rumah sakit.⁵ Kegiatan organisasi keselamatan pasien ini sudah berjalan aktif sejak terbentuknya struktur sub komite KPRS sampai sekarang. Fungsi tim dalam mengkoordinir penerapan sasaran keselamatan pasien sudah berjalan dan bergerak di pelayanan. sejalan dengan satu hasil

bahwa suatu organisasi meliputi elemen filosofi, visi, misi dan dukungan untuk perbaikan pelayanan. Elemen tersebut akan berdampak pada profesionalitas pelayanan yang berujung pada risiko, terutama bagi pasien. Oleh karena itu rumah sakit harus memerlukan suatu tata kelola dalam menjalankan organisasinya. Tata kelola atau governance adalah tindakan atau sikap dalam membentuk kebijakan dan kesetaraan sebuah organisasi, atau suatu kumpulan orang.¹² Penelitian ini didukung oleh ahli mutu yang dikenal dengan segitiga "Deming" (segitiga Deming/segitiga Joiner atau segitiga TQM) menjelaskan bahwa, perlunya komitmen tingkat puncak untuk perbaikan mutu, menata setiap aspek kegiatan secara efektif untuk meyakinkan bahwa produk atau jasa yang dirancang, dibangun, dan diantarkan sesuai dengan harapan pelanggan, setiap anggota organisasi menyadari pentingnya peranan dirinya untuk pencapaian tersebut.¹²

Penerapan budaya keselamatan pasien di rawat inap belum berjalan optimal sesuai harapan dan standar akreditasi. Dalam implementasi enam SKP masih banyak yang belum menjadikan budaya bagi profesi (PPA) maupun pribadinya terutama kepatuhan petugas pada penerapan SKP 1 terhadap identifikasi pasien dan penerapan SKP 6. Upaya yang sudah dilakukan pimpinan RS untuk optimalisasi tersebut diantaranya membentuk tim asesor internal sebagai penggerak program keselamatan pasien untuk melakukan supervisi dan monev di unitnya sendiri serta di unit lainnya, dengan kegiatan yang sudah terjadwal setiap minggu. Rumah sakit juga sudah melakukan promosi tentang sasaran keselamatan pasien. Kegiatan ini difasilitasi oleh Instalasi Promkes RS dan bekerja sama dengan unit-unit terkait. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan di RSUD dr.R. Soetijono Blora, yang menjadi hambatan yang dihadapi RS dalam persiapan akreditasi berkaitan dengan sasaran keselamatan pasien antara lain petugas rumah sakit kurang dalam penerapan dan evaluasi SOP, kurangnya kesadaran diri dalam menerapkan budaya keselamatan pasien, belum menjadikan budaya dalam bekerja, evaluasi yang dilakukan juga belum efektif.¹¹

Pendidikan dan pelatihan staf terkait standar enam sasaran keselamatan pasien untuk SKP 1 sampai SKP 6 umumnya sudah banyak terpapar melalui kegiatan diklit RS. Informasi ini didukung dengan bukti sertifikat yang dimiliki oleh staf. Adapun metode kegiatan yang diadakan oleh bagian diklit berupa workshop, bimtek dan inhouse training. Materi pelatihan yang diberikan selalu terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit seperti SKP, PPI, K3RS, MRK, BHD. Pelatihan yang sudah dilaksanakan umumnya diupdate setiap 2 tahun sekali. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan di salah satu rawat inap, pelatihan yang diikuti oleh perawat merupakan salah satu kriteria yang menentukan tingkat kompetensinya, semakin banyak pelatihan yang sudah diikuti seseorang maka semakin

tinggi tingkat kompetensinya. Hal yang demikian bisa menjadi pengaruh yang kuat dalam menentukan baik tidaknya seseorang dalam menjalankan asuhan pada pasien termasuk bagaimana petugas tersebut melakukan asuhan yang aman pada pasien, tidak menyebabkan insiden keselamatan pasien dan dapat meningkatkan kualitas pelayanan RS.¹³

Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien dan alur pelaporan sudah ada di RSUP DR. M. Djamil Padang, mengacu kepada Permenkes No.1691/2011 dan sudah terlaksana.² Namun budaya melaporkan insiden dari petugas ruangan masih kurang, alasannya takut dipersalahkan. Baru sebagian unit yang rutin melaporkan jika ada insiden seperti KNC atau KTD. Secara berkala RS sudah membuat laporan eksternal yang ditujukan ke Kemenkes terkait insiden keselamatan pasien rumah sakit. Teknis pengisian format laporan insiden internal sudah disosialisasikan keseluruh unit pelayanan termasuk instalasi rawat inap, sehingga petugas sudah memahami cara pelaporan. Sejalan dengan penelitian di RSUP Dr. Soeradi Tirtonegoro Klaten, belum semua perawat berani melaporkan insiden (IKP) kepada tim *patient safety*, karena ada perasaan takut disalahkan, kurang faham manfaat dari pelaporan tersebut, atau tidak tahu cara melaporkan.¹⁴ Budaya melaporkan merupakan suatu kebiasaan yang bisa dilakukan oleh seseorang tanpa menunggu perintah, agar budaya bisa diterapkan dengan baik, maka seseorang harus mempunyai pengetahuan, kesadaran, untuk merubah sikap dan perilaku menjadi suatu kebiasaan, serta mempunyai daya tanggap (*responsiveness*) yang bagus, yaitu ada keinginan dari para karyawan/ staf membantu semua pelanggan serta berkeinginan melaksanakan pemberian pelayanan dengan tanggap. Menurut *The Institute of Medicine (IOM)*, tantangan terbesar untuk berubah ke arah sistem kesehatan yang lebih aman adalah merubah budaya dari yang bersifat menyalahkan individu atas suatu kesalahan, menjadi budaya yang menganggap kesalahan merupakan kesempatan untuk memperbaiki sistem dan mencegah cedera. Dengan budaya tidak menyalahkan diharapkan tenaga kesehatan akan berperan lebih aktif dalam melaporkan insiden keselamatan pasien sehingga meningkatkan kemampuan belajar dan mencegah terulangnya kejadian di kemudian hari.¹⁵

Dalam pelaksanaan standar pelayanan, sudah ada regulasi standar pelayanan yaitu penetapan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) untuk ruangan rawat inap serta pemberian informasi atau penjelasan secara benar pada pasien tentang rencana dan hasil pelayanan oleh medis, tetapi dalam penerapan di pelayanan belum maksimal. Sebagian besar pemberian penjelasan, informasi dan edukasi kepada pasien atau keluarga dilakukan oleh peserta didik (dokter chift residen). Masih ditemukan lembaran informasi dan edukasi yang tidak terisi oleh dokter di dalam rekam medis pasien. Hal ini menjadi salah satu faktor kendala dalam penerapan standar

pelayanan di RS, karena RSUP DR.M.Djamil Padang merupakan rumah sakit pendidikan utama, terkadang ketidakpuasan konsumen atau komplain pasien langsung berdampak dari hasil pelayanan yang diberikan oleh peserta didik. Berdasarkan teori bahwa dalam membangun budaya keselamatan pasien dalam praktik kedokteran, alih tanggung jawab melalui komunikasi, baik secara langsung maupun secara tidak langsung antar pemberi layanan seperti antar dokter ke dokter lainnya atau antar dokter ke profesi lainnya, sering terjadi proses komunikasi tanpa struktur yang jelas, terutama menyangkut pesan informasi yang disampaikan. Kesalahan dalam proses alih informasi dapat mengakibatkan kesalahan dan bisa mencederai pasien, terutama apabila pesan yang disampaikan tidak jelas dan akurat. Tanpa adanya standarisasi prosedur yang jelas, khususnya dalam proses alih tugas dan tanggung jawab ini, sangat memungkinkan terjadinya bias dan terjadi interupsi dalam tugas.¹⁶

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian di RSUP Sanglah Denpasar, pentingnya standar pelayanan sesuai akreditasi KARS dalam memberikan keselamatan bagi pasien dan staf di RS. Standar keselamatan pasien dan staf merupakan hal yang menentukan kualitas pelayanan kesehatan. Semakin baik standar *patient safety* di institusi pelayanan kesehatan, maka kualitas pelayanan kesehatan yang dihasilkan akan semakin baik. Standar pelayanan kesehatan yang baik dari suatu rumah sakit salah satunya berasal dari *outcome* pelayanan.¹⁷

Implementasi sasaran keselamatan pasien belum berjalan maksimal dan konsisten. Penerapan dari keempat PPA di pelayanan rawat inap masih kurang terutama kepatuhan dalam melaksanakan identifikasi pasien saat memberikan tindakan maupun pengobatan dan pengurangan risiko cedera akibat jatuh pada pasien. Diantara hambatan yang ditemui antara lain, masih kurangnya jumlah SDM, sarana yang masih belum lengkap, kurangnya penerapan dan evaluasi SOP, kurangnya kesadaran diri dari petugas, kurangnya edukasi dari pihak manajemen mengenai keselamatan pasien. Berdasarkan Permenkes No. 69 tahun 2014, salah satu kewajiban rumah sakit adalah membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien.¹⁸ Agar program keselamatan pasien dapat diimplementasikan secara optimal, organisasi pelayanan kesehatan atau rumah sakit harus mengembangkan sistem untuk mencegah dan mengurangi kerugian. Prinsip pengembangan sistem tersebut didasari atas tiga hal yaitu, bagaimana mendesain sistem agar setiap kesalahan dapat dilihat, bagaimana merancang sistem agar efek suatu kesalahan dapat dikurangi, dan bagaimana merancang sistem agar tidak terjadi kesalahan.⁸ Diperjelas dari pendapat ahli, bahwa upaya yang dilakukan adalah melakukan standarisasi prosedur, akreditasi rumah sakit, regulasi terhadap staf medis

maupun non medis, penggunaan teknologi, pengembangan sistem pelaporan, merancang lingkungan kerja yang kondusif.¹⁶ Pendapat ahli, bahwa kegagalan alat menjadi penyebab 14% insiden klinis anastesi. Faktor peralatan dan sumber daya lainnya yang terkait, juga sebagai faktor utama yang dapat berperan terhadap insiden keselamatan pasien.¹⁶ Dari hasil penelitian yang diperoleh bahwa sasaran keselamatan pasien belum terimplementasi dengan maksimal dan konsisten. Penerapan dari keempat PPA di pelayanan rawat inap masih kurang terutama dalam kepatuhan melaksanakan identifikasi pasien saat memberikan tindakan maupun pengobatan dan pengurangan risiko cedera akibat jatuh pada pasien. Hal ini juga disebabkan masih kurangnya penerapan petugas terhadap SOP, belum adanya keseragaman persepsi dari PPA dalam penulisan identitas pasien didalam rekam medis pasien. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan di RSUD DR.R.Soetijono Blora, dalam kesiapan akreditasi rumah sakit versi 2012, diantara hambatan yang ditemui antara lain kurangnya sosialisasi dari pihak manajemen, masih kurangnya jumlah SDM, sarana yang masih belum lengkap, kurangnya penerapan dan evaluasi SOP, kurangnya kesadaran diri dari petugas, kurangnya edukasi dari pihak manajemen mengenai keselamatan pasien.¹¹ Pendapat dari ahli mutu, implementasi sangat berkaitan dengan dimensi, Tangibles, Reliability, Assurance, dan Emphaty. Implementasi standar keselamatan pasien sangat berkaitan erat dengan pemberian asuhan pasien dari berbagai profesi. Asuhan pasien dilaksanakan oleh para professional pemberi asuhan (PPA) yang bekerja secara tim ("Tim Interdisiplin"). Peran dokter/ DPJP adalah sebagai koordinator proses pengelolaan asuhan medis atau ketua tim (*team leader*) harus proaktif mengintegrasikan asuhan pasiennya dengan tugas menjaga terlaksananya asuhan medis komprehensif-terpadu-efektif, menjaga keselamatan pasien, meningkatkan komunikasi efektif, membangun sinergisme dengan mendorong penyesuaian pendapat (*adjustment*) antar anggota tim.⁸

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi kegiatan keselamatan pasien di RSUP DR. M.Djamil Padang sudah berjalan cukup baik dan sudah terlaksana secara rutin dengan mengacu pada tools standar akreditasi versi 2012. Bukti pencatatan pelaporan monev di KMMR yang sudah ada seperti, dokumen laporan bulanan penerapan SKP, indikator mutu dan indikator PPI. Sudah adanya rekap pencatatan pelaporan SKP secara berkala yang sudah divalidasi oleh sub komite KPRS untuk diteruskan ke direktur utama. Masing ruangan sudah mempunyai PIC pengumpul data dan validator. Kegiatan monev dan supervisi ke seluruh ruangan dilakukan oleh Karu untuk mengevaluasi penerapan SKP, melihat kesiapan dari sisi SDM, kebenaran tindakan, dan ketersediaan sarana pendukung. Salah satu pendapat menyatakan bahwa semakin baik

supervisi yang dilakukan akan lebih meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana. Dukungan organisasi dari pimpinan rumah sakit juga sangat penting dalam upaya menciptakan budaya keselamatan pasien secara optimal di rumah sakit.¹⁹

Out put dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa capaian target kepatuhan dalam penerapan upaya pencapaian standar enam sasaran keselamatan pasien di RSUD DR. M.Djamil Padang, belum seluruhnya sesuai yang diharapkan. Data tersebut dibuktikan dari dokumen laporan hasil capaian SKP di KMMR dan laporan suvey PPI setiap bulan dan tahunan. Dari keenam sasaran tersebut yang sangat menjadi perhatian utama bagi keempat PPA dalam penerapan keselamatan pasien adalah kepatuhan petugas terhadap pelaksanaan identifikasi pasien dan pencegahan kejadian pasien jatuh serta kepatuhan hand hygiene karena masih ada profesi yang belum konsisten dalam implementasinya. Menurut hasil satu penelitian, semakin tinggi implementasi keselamatan pasien maka semakin baik mutu suatu rumah sakit, ketika pasien terkena insiden maka pasien akan beralih ke rumah sakit lain. Ketidakpuasan pasien akan sangat berpengaruh pada kualitas atau mutu pelayanan. Ketika pasien mendapatkan pelayanan yang aman di rumah sakit akan mengdongkrak customer feeding. Keselamatan pasien dan mutu rumah sakit selalu berkorelasi positif.²⁰

SIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa upaya pencapaian standar enam sasaran keselamatan pasien di ruang rawat inap belum keseluruhan terlaksana dengan baik dan maksimal baik dari segi input, proses, output. Dalam penerapan SKP, rumah sakit sudah berpedoman kepada kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat yaitu Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011.² Sumber daya manusia (PPA) masih belum tercukupi, khususnya SDM keperawatan. Anggaran RS yang diperlukan untuk mendukung standar keselamatan pasien sudah memadai. Sarana yang tersedia untuk penerapan upaya pencapaian standar enam sasaran keselamatan pasien secara umum sudah ada tetapi secara kontinuitas masih belum sepenuhnya optimal. Perencanaan program keselamatan pasien sudah dilaksanakan dengan melibatkan seluruh instalasi pelayanan, serta unit terkait. Pencapaian target kepatuhan petugas (PPA) dalam penerapan enam sasaran keselamatan pasien di rawat inap belum seluruhnya tercapai sesuai yang diharapkan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 pasal 29 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. Jakarta: Presiden Republik Indonesia; 2009. p.11.
2. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1691 pasal 5 tahun 2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2011. p.6.
3. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Penyajian Pokok-Pokok Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan R.I; 2013.p.5
4. Badan Layanan Umum RSUD. Dr.M.Djamil Padang. Rencana Strategik Bisnis RSUD DR.M.Djamil Padang tahun 2014 – 2019. Kementerian Kesehatan RI.
5. Komite Mutu dan Manajemen Risiko (KMMR). Laporan Semester 1 tahun 2017. RSUD.Dr.M.Djamil Padang.
6. Sugiyono. Buku Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D, Bandung; Alfabeta. 2013.p.55 – 63.
7. Anggraini D, Hakim L, Imam CW. Evaluasi Pelaksanaan Sistem Identifikasi Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Tentara Tk. II dr. Soepraoen Malang. Journal Kedokteran Brawijaya. 2014; 28 (1); p.100 -104.
8. Parasuraman, Zeithaml, Valerie A, Malholtra. E-S-QUAL A Multiple-Item Scale For Assessing Electronic Service quality. Journal of Service Research. 2005;7(10):p.17-18.
9. Prawitasari S. Hubungan Beban Kerja Perawat Pelaksana dengan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Husada Jakarta (Tesis). Depok; Universitas Indonesia. Fakultas Ilmu Keperawatan. 2009
10. Puguh DS. Evaluasi Penerapan Pencegahan Pasien Berisiko Jatuh di Rumah Sakit. Jurnal FKM. 2017; 11 (2) :p.05-113.
11. Octaria RD. Analisis Kesiapan Rumah Sakit Yang Telah Terakreditasi 12 Pelayanan Terhadap Pemenuhan Standar Akreditasi Versi 2012 di RSUD Dr.R.Soetijono Blora (Tesis). Yogyakarta; Universitas Muhammadiyah. 2014.
12. Sugeng, Budiono, Alamsyah A, Wahyu T. Pelaksanaan Program Manajemen Pasien dengan Risiko Jatuh di Rumah Sakit. Jurnal Kedokteran Brawijaya. 2014; 28 (1) : p.78-82.
13. Mulyana DS. Analisis Penyebab Insiden Keselamatan Pasien Oleh Perawat Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit. (Tesis).Depok; Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2013.
14. Suparti S, Rosa EM, Permatasari Y. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di IBS RSUD Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Jurnal MUN. 2013; 1:p.187-195
15. Institute Of Medicine (IOM).To Err Is Human Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America; National Academy Press Washington, D.C.2000.p.13-15.

16. Cahyono SB. Buku Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran. Yogyakarta: Penerbit Kanisius. 2008. p.85 -120.
17. Made NDS. Kualitas Pelayanan Kesehatan di RSUP Sanglah Denpasar Dari Perspektif Pelanggan Internal dan Eksternal, (Tesis). Denpasar; Universitas Udayana. 2014.
18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 69 pasal 2 tahun 2014. Tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien. Jakarta: Kementerian Kesehatan R.I. 2014.p.3.
19. Rumampuk M.V. Peran Kepala Ruangan Melakukan Supervisi Perawat dengan Penerapan Patient Safety di Ruang Rawat Inap, (Tesis). Makasar. Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. 2012.
20. Astuti TP. Analisis Penerapan Manajemen Pasien Safety dalam Rangka Peningkatan Mutu Pelayanan di Rrumah Sakit. (Tesis). Surakarta; Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah. 2013.